

# ARMUT UND GESUNDHEIT

Thomas Lampert

**Skocpol**, Theda: Political Response to Capitalist Crisis. In: Politics Society 2/1980, pp. 155-201

**Steinert**, Heinz: Deutschland sarrazinisiert sich. In: [http://www.links-netz.de/K\\_texte/K\\_steinert\\_thilo.html](http://www.links-netz.de/K_texte/K_steinert_thilo.html) (Abruf am 13.7.2011) 2011

**Stern**, Mark J.: Becoming Mainstream. In: Kessler, Fabian; Reutlinger, Christian; Ziegler, Holger (Hrsg.): Erziehung zur Armut? Wiesbaden 2007, S. 39-53

**Trotter**, Joe; Day, Jared: Race and Renaissance. Pittsburgh 2010

**Venkatesh**, Sudhir Alladi: Off the Books. The Underground Economy of the Urban Poor. Cambridge, MA 2006

**Wacquant**, Loïc: Bestrafen der Armen. Opladen 2009

**Wacquant**, Loïc: Class, Race and Hyperincarceration in Revanchist America. In: Daedalus 3/2010, pp. 74-90

**Weaver**, Kent R.: Ending Welfare as we know it. Washington D.C. 2000

**Whatley**, Warren C.: African-American Strikebreaking from the Civil War to the New Deal. In: Social Science History 4/1993, pp. 525-558

**Williams**, Kristian: Our Enemies in Blue. Brooklyn, New York 2004

**Wilson**, William J.: The Declining Significance of Race. Chicago 1978

**Wilson**, William J.: The Truly Disadvantaged. Chicago 1987

**Wilson**, William J.: When Work Disappears. New York 1996

**Wilson**, William J.: More Than Just Race. New York 2009

**Zucchino**, David: Myth of the Welfare Queen. New York 1997

**Zusammenfassung** | Auch in einem reichen Land wie Deutschland lässt sich ein Zusammenhang zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage feststellen. Personen, die in Armut leben, sind häufiger von Krankheiten und Beschwerden betroffen und haben eine weitaus geringere Lebenserwartung. In einer Gesellschaft, die auf dem Grundsatz der sozialen Gerechtigkeit und des sozialen Ausgleichs aufbaut, resultiert daraus ein erheblicher politischer Handlungsdruck. Die Verringerung der sozialen Ungleichheit der Gesundheitschancen kann dabei nicht alleinige Aufgabe der Gesundheitspolitik sein, sondern betrifft auch andere Handlungsfelder wie zum Beispiel die Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Familien- und Sozialpolitik.

**Abstract** | Even in a wealthy country like Germany a coherence between social and medical status can be stated. Individuals living in poverty are prevalently affected by diseases and disorders and have a shorter expectancy of life than others. A society built on the principles of social equality and compensation hereby faces considerable political challenges. The reduction of social injustices concerning health are not only tasks for health politics but refers also to the fields of politics for employment, education, families, and social affairs.

**Schlüsselwörter** ▶ Armut ▶ Gesundheit  
▶ soziale Ungleichheit ▶ soziale Gerechtigkeit  
▶ Gesundheitsförderung ▶ Gesundheitspolitik

**Armutsbetroffenheit nimmt zu** | Deutschland gehört zu den reichsten Ländern der Welt und verfügt über weitreichende soziale Sicherungssysteme. Dennoch lassen sich bereits seit längerem eine Auseinanderentwicklung der Lebensverhältnisse und eine Ausweitung der Armutsbetroffenheit beobachten. Dabei sind zwei Entwicklungstendenzen besonders auffällig. Zum einen ist das Armutsrisiko in den Bevölkerungsgruppen, die ohnehin am stärksten gefährdet sind, überproportional angestiegen, etwa bei Langzeitarbeitslosen und Personen mit geringer beruflicher Qualifikation. Zum anderen ist eine soziale Entgrenzung der Armut zu beobachten, die weit in die gesellschaftliche Mittelschicht hineinreicht.

Dass sich Armut auf die Gesundheit auswirkt, wird mittlerweile durch zahlreiche Studien bestätigt. In weitreichender Übereinstimmung zeigen die Forschungsergebnisse, dass viele Erkrankungen, Gesundheitsbeschwerden und Risikofaktoren bei Personen, die in Armut leben, vermehrt vorkommen. Außerdem schätzen sie ihren allgemeinen Gesundheitszustand und ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter ein, und sie unterliegen einer erhöhten vorzeitigen Sterblichkeit. Vor diesem Hintergrund wird in den letzten Jahren verstärkt darüber diskutiert, wie die Gesundheit der von Armut betroffenen Bevölkerungsgruppen verbessert und ein sozialer Ausgleich der Gesundheitschancen erreicht werden kann. Eine wesentliche Voraussetzung für die Planung, Umsetzung und Evaluation politischer Maßnahmen und Praxisprojekte sind regelmäßig verfügbare Daten, die gesundheitsbezogene Problemlagen und Verteilungsungleichheiten kenntlich machen und Aussagen über deren Entwicklung im Zeitverlauf erlauben.

**Krankheitsrisiko bei Armut erhöht** | Aussagen zu chronischen Krankheiten sind mit Krankenkassendaten möglich, wenngleich die meisten Krankenkassen eine selektive Mitgliederstruktur aufweisen und die Ergebnisse deshalb nicht als bevölkerungsrepräsentativ zu erachten sind. Mit Daten der AOK Mettmann konnte beispielsweise gezeigt werden, dass 35- bis 70-jährige Versicherte aus dem niedrigsten im Vergleich zum höchsten Einkommensquintil eine um den Faktor 7 erhöhte Neuerkrankungsrate für Lungenkrebs und eine um den Faktor 5 erhöhte Neuerkrankungsrate für Magenkrebs haben (Geyer 2008). Auf der gleichen Datenbasis wurde für Versicherte im Alter von 25 bis 64 Jahren, die dem untersten Einkommensquintil zuzurechnen sind, ein 1,3-fach erhöhtes Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 und ein 2-fach erhöhtes Risiko für einen Myokardinfarkt ermittelt (Geyer u.a. 2006).

Aufschlussreich sind in diesem Zusammenhang auch Daten der Betriebskrankenkassen (BKK), die Unterschiede in der Krankheitshäufigkeit zwischen pflicht- und freiwillig versicherten Beschäftigten aufzeigen. Für das Jahr 2005, in dem die Beitragsbemessungsgrenze bei 46 000 Euro lag, ist festzustellen, dass in der Altersgruppe der 15- bis 64-Jährigen pflichtversicherte Männer mit im Durchschnitt 13 Tagen deutlich häufiger arbeitsunfähig waren als frei-

willig versicherte Männer mit 6 Tagen. Bei Frauen fiel die Differenz mit 12 Tagen gegenüber 6 Tagen nur etwas geringer aus. Deutliche Unterschiede zeigten sich unter anderem bei Arbeitsunfähigkeit infolge von Muskel- und Skeletterkrankungen, Krankheiten der Verdauungsorgane sowie Verletzungen und Vergiftungen (BKK Bundesverband 2006).

Auch von Einschränkungen in der Alltagsgestaltung sind Personen, die einem Armutsrisiko ausgesetzt sind, häufiger betroffen. Dies zeigt die Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA), für die das Robert Koch-Institut im Jahr 2009 mehr als 20 000 Personen in ganz Deutschland telefonisch befragte. Männer aus der Armutsrisikogruppe gaben im Vergleich zu Männern mit hohem Einkommen dreimal häufiger an, aufgrund einer Krankheit in der Ausübung alltäglicher Aktivitäten eingeschränkt zu sein. Auf Frauen mit niedrigem Einkommen traf dies immerhin zweimal so häufig zu (Lampert, Kroll 2010).

### **Armut spiegelt sich im Gesundheitsverhalten wider**

| Viele chronische Krankheiten können auf Risikofaktoren zurückgeführt werden, die mit dem Gesundheitsverhalten in Zusammenhang stehen, zum Beispiel Rauchen, Bewegungsmangel und Adipositas. Insofern verwundert es nicht, dass auch in der Verbreitung dieser Risikofaktoren deutliche Einkommensunterschiede festzustellen sind. Die Daten der GEDA-Studie zeigen hierzu, dass 18-jährige und ältere Männer und Frauen aus der Armutsrisikogruppe etwa 1,3-mal häufiger rauchen als gleichaltrige Männer und Frauen aus der höchsten Einkommensgruppe. Dass sie in den letzten drei Monaten vor der Befragung keinen Sport getrieben haben, wird von ihnen sogar mehr als zweimal so oft angegeben. Ein signifikanter Geschlechtsunterschied zeigt sich beim Zusammenhang zwischen Einkommen und Adipositas. Bei Männern aus der niedrigsten Einkommensgruppe ist das Risiko für Adipositas im Vergleich zu denjenigen aus der höchsten Einkommensgruppe um den Faktor 1,6 erhöht. Bei Frauen beträgt dieses Verhältnis sogar 3:1.

Auch für andere Aspekte des Gesundheitsverhaltens finden sich Hinweise auf Einkommensunterschiede. So kann angenommen werden, dass sich Personen, die einem Armutsrisiko ausgesetzt sind, ungesünder ernähren. Festmachen lässt sich dies zum Beispiel an einem häufigeren Verzehr von

Lebensmitteln mit einem günstigen Preis-Mengen-Verhältnis, zum Beispiel Brot, fetthaltigen Kartoffelerzeugnissen oder Wurstwaren. Mageres Fleisch, Fisch sowie Obst und Gemüse stehen in Familien mit niedrigem Einkommen hingegen seltener auf dem Speiseplan (Heindl 2007). Unterschiede zu Ungunsten der armutsgefährdeten Bevölkerungsgruppen lassen sich zudem im Mundgesundheitsverhalten, bei der Unfallprävention, der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und anderen präventiven Angeboten sowie der Nutzung von Gesundheitsinformationen feststellen (Mielck 2000, Lampert u.a. 2005).

**Große Unterschiede in der Lebenserwartung** | Das verstärkte Auftreten von Krankheiten und Risikofaktoren kumuliert letztlich in einer höheren Mortalität in den niedrigen Einkommensgruppen. Mit Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) für die Jahre 1995 bis 2005 konnte gezeigt werden, dass bei Männern das Mortalitätsrisiko in der Armutsrisikogruppe im Verhältnis zur höchsten Einkommensgruppe um fast das Dreifache erhöht ist. Bei Frauen der niedrigsten Einkommensgruppe ist das relative Mortalitätsrisiko in etwa doppelt so hoch. Bezogen auf die mittlere Lebenserwartung bei Geburt bedeutet dies einen Unterschied von elf Jahren bei Männern (81 gegenüber 70 Jahre) und acht Jahren bei Frauen (85 gegenüber 77 Jahre). Werden nur die bei guter oder sehr guter Gesundheit verbrachten Lebensjahre betrachtet, fallen die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen noch größer aus. Während Männer und Frauen der höchsten Einkommensgruppe erwarten können, rund 71 gesunde Lebensjahre zu verbringen, sind dies bei Männern und Frauen der Armutsrisikogruppe lediglich 57 beziehungsweise 61 Jahre (Lampert u.a. 2007).

Dass Armut mit einer geringeren Lebenserwartung einhergeht, ist nicht nur auf der Individual-ebene, sondern auch auf sozialräumlicher Ebene zu beobachten. Beispielsweise lässt sich zeigen, dass die mittlere Lebenserwartung bei Geburt in den Bundesländern am höchsten ist, in denen ein vergleichsweise geringer Anteil an Personen durch Armut bedroht ist, zum Beispiel in Baden-Württemberg, Bayern und Hessen. Entsprechend findet sich die niedrigste Lebenserwartung in Ländern mit einer relativ hohen Armutsrisikoquote, zum Beispiel in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt. Auch innerhalb der einzelnen Bundesländer sind zum Teil erhebliche

regionale Unterschiede in der Lebenserwartung festzustellen, die sich mit der Variation der Armutsrisikoquote in Einklang bringen lassen (RKI 2009).

**Grundstein für die Gesundheit wird früh gelegt** | Eine belastbare Grundlage für Analysen zum Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit in der heranwachsenden Generation stellen die Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) dar (RKI 2010). An der KiGGS-Studie, die vom Robert Koch-Institut in den Jahren 2003 bis 2006 durchgeführt wurde, nahmen mehr als 17 000 Kinder und Jugendliche im Alter bis 17 Jahre teil. Ihre Ergebnisse sprechen dafür, dass sich ein Aufwachsen in Armut auf viele Bereiche der gesundheitlichen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter auswirkt. Sehr eindrücklich zeigt sich dies bei perinatalen Einflussfaktoren, wie zum Beispiel dem Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft. Während 26 Prozent der Mütter aus der Armutsrisikogruppe angaben, trotz der Schwangerschaft geraucht zu haben, waren es in der mittleren und höheren Einkommensgruppe 14 Prozent beziehungsweise 8 Prozent. Außerdem werden Kinder aus armutsgefährdeten Familien deutlich seltener gestillt. Zu keinem Zeitpunkt voll gestillt haben 40 Prozent der Mütter aus der Armutsrisikogruppe im Vergleich zu 31 Prozent beziehungsweise 22 Prozent der Mütter aus der mittleren und höheren Einkommensgruppe. Auch hinsichtlich der Teilnahme an den Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) zeigen sich deutliche Unterschiede zu Ungunsten von Kindern aus Familien mit niedrigem Einkommen, obwohl diese Untersuchungen zu den Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehören und ohne zusätzliche Kosten in Anspruch genommen werden können.

Den allgemeinen Gesundheitszustand ihrer dreibis 17-jährigen Kinder schätzen 93 Prozent aller Eltern als sehr gut oder gut ein. Nur 7 Prozent der Eltern beurteilen die Gesundheit ihrer Kinder als mittelmäßig, schlecht oder sogar sehr schlecht. Bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit einem Armutsrisiko liegt dieser Anteil aber mehr als doppelt so hoch im Vergleich zu den Gleichaltrigen aus Familien mit hohem Einkommen. Noch deutlicher sind die Unterschiede im Auftreten von Verhaltensauffälligkeiten. Legt man eine Gesamtbeurteilung zugrunde, die Angaben zu Verhaltensproblemen, emotionalen

Problemen, Aufmerksamkeitsstörung/Hyperaktivität und Problemen im Umgang mit Gleichaltrigen einbezieht, sind in der Armutsrisikogruppe 14 Prozent der drei- bis 17-jährigen Jungen und 9 Prozent der gleichaltrigen Mädchen als verhaltensauffällig einzustufen. In der hohen Einkommensgruppe trifft dies lediglich auf 5 Prozent der Jungen und 2 Prozent der Mädchen zu.

Darüber hinaus besteht für die Armutsrisikogruppe vermehrt der Verdacht auf Essstörungen, Adipositas und körperliche Inaktivität. Vergleichsweise gering sind die Unterschiede bei akuten und chronischen Krankheiten des Kindesalters einschließlich typischer Kinderkrankheiten wie Windpocken, Masern und Scharlach. Neurodermitis gehört zu den wenigen Krankheiten und Gesundheitsproblemen, die bei Kindern und Jugendlichen aus den höheren Einkommensgruppen häufiger auftreten. Auch in anderen Studien wurde gezeigt, dass Neurodermitis und weitere atopische Erkrankungen, wie zum Beispiel Heuschnupfen, Pseudokrupp und Asthma, vermehrt Heranwachsende aus sozial besser gestellten Bevölkerungsgruppen betreffen und damit bezüglich des sozialen Verteilungsmusters eine bemerkenswerte Ausnahme darstellen (Heinrich u.a. 1998).

### Erklärungszusammenhänge sind komplex |

Während der Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit mittlerweile als empirisch gesichert angesehen werden kann, stellt dessen Erklärung nach wie vor eine große Herausforderung dar. Aktuell werden vor allem drei Erklärungsansätze verfolgt, die sich auf die gesundheitsbezogenen Konsequenzen materieller Nachteile, psychosozialer Belastungen und des Gesundheitsverhaltens beziehen. Materielle Nachteile lassen sich unter anderem an verminderten Konsum- und Partizipationsmöglichkeiten festmachen. Zum Teil betreffen die notwendigen Einsparungen auch Güter, die für die Gesundheit unmittelbare Bedeutung haben, wie zum Beispiel Nahrungsmittel, Kleidung und Hygieneartikel. Im weiteren Sinne lassen sich auch der Wohnraum und die Wohnumgebung dazu zählen. Ebenso kann sich der Verzicht auf Urlaubsreisen, Sportausübung oder den Besuch kultureller Veranstaltungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit auswirken. Materielle Nachteile ergeben sich außerdem durch die eingeschränkten Möglichkeiten der privaten sozialen Absicherung wie Altersvorsorge, Unfall- und Lebens-

versicherung. Ob auch Nachteile in Bezug auf die medizinische Versorgung bestehen, wird zurzeit kontrovers diskutiert. Zwar hat die Bedeutung von Zuzahlungen und privaten Käufen medizinischer Güter und Leistungen zugenommen, bislang finden sich aber zumindest in Deutschland keine konkreten Anhaltspunkte dafür, dass eine adäquate Versorgung von Personen mit niedrigem Einkommen nicht mehr gewährleistet wird (Janßen u.a. 2006).

Psychosoziale Belastungen resultieren unter anderem aus Ausgrenzungserfahrungen und sozialen Vergleichsprozessen. Personen mit einem Armutsrisiko können sich viele Dinge und Aktivitäten nicht leisten, die für weite Bevölkerungskreise selbstverständlich sind und für den Lebensstandard und die Lebensqualität als wichtig erachtet werden. Der Vergleich mit sozial besser gestellten Bevölkerungsgruppen führt bisweilen auch zu einem „freiwilligen“ Rückzug aus sozialen Bezügen, zum Beispiel aufgrund von Schamgefühlen oder einem verminderten Selbstwertgefühl. Von besonders hohen psychosozialen Belastungen ist auszugehen, wenn die Armutslage mit einer Diskriminierung und Stigmatisierung einhergeht. Diese kann unmittelbar im näheren sozialen Umfeld erlebt werden, auch im Kreise der eigenen Familie, oder aber als öffentliche, häufig über die Massenmedien verbreitete Meinung. Eine weitere Ursache dafür, dass Armut mit psychosozialen Belastungen verbunden ist, stellt die Sorge und das Bemühen um die Sicherung des Lebensunterhaltes dar. Für die Gesundheit relevant sind vor allem lang andauernde Stressreaktionen, die bei langfristiger Armut und einer ausweglos erscheinenden Lebenssituation zu erwarten sind. Zusätzliche Belastungen können sich durch Krankheiten und Gesundheitsprobleme oder eine Suchtverstrickung ergeben.

Welche Bedeutung dem Gesundheitsverhalten für die Erklärung des höheren Krankheits- und Sterberisikos der armutsgefährdeten Bevölkerungsgruppen zukommen könnte, verdeutlichen die dargestellten empirischen Befunde zum Tabakkonsum, zur sportlichen Inaktivität und zur Adipositas. Dabei ist zu berücksichtigen, dass diese und andere verhaltenskorrelierte Risikofaktoren häufig gemeinsam auftreten und sich dadurch die Auswirkungen auf die Gesundheit kumulativ verstärken können. Für das Gesundheitsverhalten sind zwar individuelle Entscheidungen ausschlaggebend, diese hängen aber

stark von Einstellungen, Wahrnehmungen und Wertorientierungen ab, die durch die Lebensumstände geprägt werden. Neben den materiellen Nachteilen und verminderten sozialen Teilhabechancen sind es gerade die aus der Armutslage resultierenden psychosozialen Belastungen, die eine gesundheitsförderliche Lebensführung erschweren.

**Erklärung sollte den gesamten Lebenslauf berücksichtigen** | Die Erklärung des Zusammenhangs zwischen Armut und Gesundheit setzt bislang zumeist bei Erwachsenen an. Dass dieser Zugang zu kurz greift, zeigen die präsentierten Ergebnisse zu den Auswirkungen des Armutsrisikos auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Auch die Erkenntnisse der epidemiologischen Lebenslaufforschung, die sich in den letzten Jahren als eigenständige Forschungsdisziplin etabliert hat, sprechen für eine Erweiterung der Erklärungsansätze. Anknüpfungspunkte zeigen vor allem zwei Forschungsperspektiven auf, die sich auf die Bedeutung von kritischen Perioden der gesundheitlichen Entwicklung im Kindes- und Jugendalter beziehungsweise die Kumulation von Risikofaktoren und Gesundheitsproblemen über den gesamten Lebenslauf beziehen (*Kuh; Ben Shlomo 2004, Dragano; Siegrist 2006*). Als kritische Perioden werden bestimmte Phasen der physiologischen Entwicklung verstanden, die mit einer erhöhten organischen Vulnerabilität einhergehen. Schädigungen während dieser Phasen können sich nachhaltig auf die Gesundheit auswirken und das Risiko für bestimmte chronische Krankheiten im späteren Leben erhöhen.

Armut wird dabei als eine Ursache für frühe organische Schädigungen angesehen. Hingewiesen wird zum Beispiel darauf, dass Mütter, die einem Armutsrisiko ausgesetzt sind, weitaus häufiger während der Schwangerschaft rauchen und die daraus resultierenden Schädigungen des Fötus zu einem erhöhten Risiko für zum Beispiel Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen im mittleren und höheren Lebensalter führen. Bezüglich der Kumulation von Risikofaktoren wird unter anderem angenommen, dass bei Personen in einer armutsgefährdeten Lebenslage häufiger mehrere Risikofaktoren gleichzeitig auftreten, dass die Risikoexposition früher einsetzt und länger andauert und die Intensität beziehungsweise Stärke der Exposition erhöht ist. Für den Tabakkonsum konnte zum Beispiel gezeigt werden, dass

Personen mit einem Armutsrisiko früher mit dem Rauchen beginnen, häufiger zu den starken und nikotinabhängigen Rauchern zählen und seltener oder später mit dem Rauchen aufhören.

Durch die Erweiterung des Blickwinkels auf den gesamten Lebenslauf stellt sich auch die Frage nach der Bedeutung krankheitsbedingter sozialer Selektionsprozesse. Zahlreiche internationale Studien weisen darauf hin, dass schwerwiegende, lang andauernde Krankheiten ein Grund für Arbeitslosigkeit und Armut sein können. Ebenso kann angenommen werden, dass Kinder und Jugendliche, die von chronischen Krankheiten und Behinderungen betroffen sind, geringere Bildungs- und Ausbildungschancen und später schlechtere Aussichten auf dem Arbeitsmarkt haben. Dies dürfte zum Teil auch für Deutschland gelten, trotz der spezifischen Förderprogramme zur Ausbildung und Integration für Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Behinderungen und der weitreichenden Absicherung im Krankheitsfall. Welche Bedeutung krankheitsbedingten Selektionsprozessen für die Erklärung des Zusammenhangs zwischen Armut und Gesundheit zukommt, wurde bislang nur vereinzelt untersucht. Die Ergebnisse einer Studie auf Basis der Längsschnittdaten des SOEP zeigen hierzu, dass sich eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes in den Folgejahren in Einkommensverlusten niederschlägt, der umgekehrte Einfluss, also die Auswirkung von Einkommenseinbußen auf die Gesundheit, aber deutlich stärker zutage tritt (*Thiede; Straub 1997*).

**Politische Implikationen** | Angesichts der vorgestellten empirischen Ergebnisse, die überwiegend anhand aktueller Daten gewonnen wurden, kann festgehalten werden, dass eine Armutsgefährdung mit einem schlechteren Gesundheitszustand und gesundheitsriskanterem Verhalten einhergeht und das Krankheits- und vorzeitige Sterberisiko erhöht. Vor diesem Hintergrund haben in den letzten Jahren die politischen Anstrengungen zur Verringerung von Armut und deren Auswirkungen auf die Gesundheit zugenommen. Dies spiegelt sich beispielsweise in der Strategie der Bundesregierung zur Förderung der Kindergesundheit wider, die eine gerechte Verteilung der Chancen für ein gesundes Aufwachsen als ein wichtiges Handlungsziel benennt. Außerdem sind die gesetzlichen Krankenkassen mit der im Jahr 2000 erfolgten Novellierung des § 20 Abs. 1 des Fünften

Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) angehalten, auch und insbesondere Angebote zur Primärprävention zu finanzieren, die zur Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit der Gesundheitschancen beitragen. Für den Praxistransfer kommt dem von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung koordinierten Kooperationsverbund „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ große Bedeutung zu. Der Kooperationsverbund zielt auf eine verbesserte Zusammenarbeit von Projekten und Initiativen der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung sowie die Identifizierung und Förderung von Beispielen guter Praxis anhand festgelegter Qualitätskriterien.

Eine umfassende politische Handlungsstrategie, die sich auf ein breites Spektrum aufeinander abgestimmter politischer Maßnahmen bezieht und ressortübergreifend umgesetzt wird, gibt es in Deutschland bislang allerdings nicht. In einigen anderen Ländern ist die Entwicklung in dieser Hinsicht weiter vorangeschritten. So wird in England seit dem Jahr 2003 das Aktionsprogramm „Tackling Health Inequalities: A Programm for Action“ durchgeführt, das von zwölf Ministerien unterstützt wird und unter anderem das Ziel verfolgt, die Mortalitätsunterschiede zwischen der niedrigsten und höchsten Statusgruppe bis zum Jahr 2010 um 10 Prozent zu verringern. Im gleichen Jahr wurde in Schweden das Gesetz „Sweden’s New Public Health Policy“ verabschiedet, das den Schwerpunkt auf intersektorale und gesamtgesellschaftliche Maßnahmen zu drei übergeordneten Zielbereichen legt: Verringerung der sozialen Ungleichheit, Schaffung gesunder Lebensumwelten und Förderung einer gesunden Lebensweise. Auch in den Niederlanden, Norwegen, Irland und Schottland gibt es inzwischen umfassende Aktionsprogramme zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit, die zahlreiche Anknüpfungspunkte für die Diskussion in Deutschland liefern.

**Dr. Thomas Lampert**, Dipl.-Soziologe, ist stellvertretender Leiter des Fachgebiets Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts, General-Pape-Straße 62, 12101 Berlin, E-Mail: lampert.reif@googlemail.com

#### Literatur

**BKK Bundesverband:** BKK Gesundheitsreport 2006. Essen 2006

**Dragano, N.; Siegrist, J.:** Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungs-

ergebnisse. In: Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden 2006, S. 181-208

**Geyer, S.:** Social inequalities in the incidence and case fatality of cancers of the lung, the stomach, the bowels, and the breast. In: Cancer Causes Control 19/2008, pp. 965-972

**Geyer, S.; Hemström, Ö.; Peter, R.; Vagerö, D.:** Education, income, and occupational class cannot be used interchangeably in social epidemiology. Empirical evidence against a common practice. In: Journal of Epidemiology and Community Health 60/2006, pp. 804-810

**Heindl, I.:** Ernährung, Gesundheit und soziale Ungleichheit. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 42/2007, S. 32-38

**Heinrich, J.; Popescu, M.; Wjst, M. u.a.:** Atopy in children and parental social class. In: American Journal of Public Health 88/1998, pp. 1319-1324

**Janßen, C.; Grosse Frie, K.; Ommen, O.:** Der Einfluss sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In: Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit – Theorien, Konzepte und Methoden. Wiesbaden 2006, S. 141-155

**Kuh, D.; Ben Shlomo, Y. (Hrsg.):** A life course approach to chronic disease epidemiology. Oxford 2004

**Lampert, T.; Kroll, L.E.:** Armut und Gesundheit. GBE kompakt No. 8. Berlin 2010

**Lampert, T.; Kroll, L.E.; Dunkelberg, A.:** Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 42/2007, S. 11-18

**Lampert, T.; Saß, A.-C.; Häfeli, M.; Ziese, T.:** Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Berlin 2005

**Mielck, A.:** Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern 2000

**RKI – Robert Koch-Institut:** 20 Jahre Mauerfall: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Berlin 2009

**RKI – Robert Koch-Institut:** Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Berlin 2010

**Thiede, M.; Straub, S.:** Mutual influences of health and poverty. Evidence from the German Panel Data. In: Social Science and Medicine 45/1997, pp. 867-877